

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI DE 3<sup>E</sup> CYCLE PRÉSENTÉ À  
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D.Ps)

PAR  
ANDRÉE-ANNE PAQUIN

LIEN ENTRE LES ANTÉCÉDENTS DE L'ENFANT PLACÉ ET LE  
DÉVELOPPEMENT DE PROBLÈMES DE COMPORTEMENT  
EN FAMILLE D'ACCUEIL

DÉCEMBRE 2011

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D.Ps)

PROGRAMME OFFERT PAR L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

LIEN ENTRE LES ANTÉCÉDENTS DE L'ENFANT PLACÉ ET LE  
DÉVELOPPEMENT DE PROBLÈMES DE COMPORTEMENT  
EN FAMILLE D'ACCUEIL

PAR  
ANDRÉE-ANNE PAQUIN

Karine Dubois-Comtois, directrice de recherche    Université du Québec à Trois-Rivières

Diane St-Laurent, évaluatrice    Université du Québec à Trois-Rivières

Claud Bisailon, évaluatrice externe    Université de Sherbrooke

## **Sommaire**

Pour l'année 2011, la Direction de la Protection de la Jeunesse (DPJ) a reçu 76 469 signalements (Association des centres jeunesse du Québec, 2011). De ce nombre, 32 265 ont été retenus par la DPJ, ce qui fait que 30 586 enfants ont été pris en charge par la DPJ. Un enfant sur deux suivi par la DPJ demeure dans son milieu familial alors que les autres sont placés. Les familles qui accueillent ces enfants doivent alors composer avec les conséquences provoquées par le passé de ces enfants, se traduisant souvent par des problèmes de comportement. Les objectifs de l'essai sont donc de vérifier si un jeune enfant placé en famille d'accueil et qui présente un problème de comportement a cumulé davantage de facteurs de risque qu'un enfant placé qui n'a pas de problèmes de comportement et si les difficultés associées à la relation parent-enfant jouent un rôle prépondérant dans l'émergence de difficultés comportementales. Pour répondre à ces objectifs, une étude de cas avec deux enfants âgés de 11 mois et de 16 mois a été réalisée. Les informations concernant les facteurs de risque vécus par les deux participants ont été amassées lors du signalement et de l'évaluation par les intervenants de la DPJ. Afin de déterminer la présence de problèmes de comportement chez les deux participants, le Child Behavior Checklist (CBCL) a été utilisé. Les résultats révèlent que le participant qui a cumulé le plus de facteurs de risque avant son placement en famille d'accueil est celui qui cumule le plus de difficultés comportementales. Aussi, ce même participant est celui qui cumule le plus de facteurs de risque associés à la relation parent-enfant. Ces résultats suscitent des questionnements par rapport à l'efficacité du

placement, à lui seul, pour aider les enfants lorsque ceux-ci cumulent un nombre important de facteurs de risque incluant de la négligence parentale et l'abus physique.

## Table des matières

Sommaire .....	iii
Remerciements .....	vii
Introduction .....	1
Contexte théorique .....	4
Famille d'accueil .....	5
Facteurs de risque des enfants placés .....	8
Les risques intra-utérins/néonataux .....	9
Adversité du milieu familial d'origine .....	10
Les problématiques des parents naturels .....	11
Les difficultés dans la relation parent-enfant .....	13
Problèmes de comportement .....	16
Méthode .....	21
Participants .....	22
Procédure .....	23
Instruments de mesure .....	23
Child Behavior Checklist (CBCL) .....	23
Facteurs de risque .....	24
Résultats .....	26
Facteurs de risque .....	27
Les risques intra-utérins/néonataux .....	27
Adversité du milieu familial d'origine .....	28

Les problématiques des parents naturels .....	28
Les difficultés dans la relation parent-enfant .....	29
Problèmes de comportement .....	31
Comportements intériorisés .....	31
Comportements extériorisés .....	32
Discussion .....	34
Facteurs de risque et placement en famille d'accueil .....	35
Facteurs de risque et problèmes de comportement .....	37
L'effet cumulatif des facteurs de risque .....	37
L'importance des facteurs de risque à même la relation parent-enfant .....	43
Conclusion .....	47
Références .....	50
Appendice A. Tableau 1. Facteurs de risque des participants .....	60
Appendice B. Tableau 2. Description des scores <i>T</i> au questionnaire du CBCL pour les deux participants .....	62

## **Remerciements**

Les trois dernières années ont été assez mouvementées par la réalisation de cet essai doctoral. De nombreuses sections ont été recommencées, révisées et corrigées pour aboutir à ce résultat. Je souhaite remercier certaines personnes pour m'avoir aidé à réaliser ce projet.

Je tiens tout d'abord à remercier ma directrice d'essai, Karine Dubois-Comtois, pour m'avoir méticuleusement soutenue et encouragée durant la réalisation de mon essai doctoral. Elle était toujours disponible pour m'expliquer, corriger et réviser les différentes parties du travail. Aussi, je voudrais remercier le Centre jeunesse de Montréal pour m'avoir donné accès à leurs données. Sans ces données, l'étude de cas n'aurait pas pu être réalisée.



## **Introduction**

Actuellement au Québec, le placement en famille d'accueil constitue une des mesures mises en place par la Direction de la Protection de la Jeunesse (DPJ) pour contrer l'incapacité de certaines familles à prendre adéquatement soin de leurs enfants. Bien que cette mesure constitue en elle-même une intervention visant à promouvoir le bien-être et l'adaptation des enfants, le passé troublant de ces enfants placés dans une nouvelle famille vient parfois entraver leur fonctionnement. En effet, plusieurs de ces enfants sont aux prises avec des problèmes de comportement pouvant fragiliser la stabilité du placement en famille d'accueil. Il importe donc de mieux documenter les conditions adverses vécues par l'enfant avant son placement et leurs impacts sur le développement des problèmes de comportement et ce, afin de mieux identifier les enfants à risque et nécessitant un suivi psychologique. Pour ce faire, une étude de cas a été réalisée dans le but de vérifier si un jeune enfant placé en famille d'accueil qui présente un problème intériorisé ou extériorisé a cumulé davantage de facteurs de risque intra-utérins, familiaux, parentaux et relationnels qu'un enfant placé qui n'a pas de problèmes de comportement.

Dans les prochaines sections, il y aura d'abord une revue de la littérature concernant les familles d'accueil du Québec, les multiples facteurs de risque cumulés par les enfants

placés ainsi que les problèmes de comportement sous-jacents. Ensuite, une description de la méthode employée pour effectuer l'essai sera présentée suivie d'une étude de cas basée sur le vécu de deux enfants placés en famille d'accueil il y a quelques années. Une discussion portant sur la compréhension des résultats obtenus terminera cet essai.

## **Contexte théorique**

### **Famille d'accueil**

En décembre 1977, l'Assemblée nationale du Québec a adopté la Loi sur la protection de la jeunesse (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2011) afin de souligner le droit des enfants (de leur naissance à 18 ans) à la protection, à la sécurité, à l'éducation et à l'attention de ses parents ou leur substitut et ce, pour mettre un terme aux situations de compromission et éviter qu'elles ne se reproduisent. Les situations de compromission font référence à un danger pour la sécurité ou le développement d'un enfant, situations devant être rapportées ou signalées à la DPJ par toutes les personnes qui en sont témoins. Au Québec, pour l'année 2010 à 2011, la DPJ a reçu 76 469 signalements de situations pouvant potentiellement compromettre le développement ou la sécurité d'un enfant. De ce nombre, la DPJ en a retenu 32 265 pour faire une évaluation plus approfondie, jugeant les allégations des témoins comme étant recevables. Les motifs des signalements retenus sont liés à la négligence à 23,5 %, à des abus physiques à 19,4 %, à des mauvais traitements psychologiques à 13,8 %, à de l'abus sexuel à 5,7 %, à des problèmes de comportement chez l'enfant à 12,2 % et finalement, à l'abandon parental à 0,4 % (Association des centres jeunesse du Québec, 2011). À la suite d'une évaluation approfondie du dossier, si la DPJ conclut que la sécurité ou le développement de l'enfant est compromis, elle prend des dispositions pour protéger l'enfant : l'application des mesures de protection. Ces applications peuvent

aller d'un soutien à la famille naturelle jusqu'au placement de l'enfant dans des ressources d'hébergement dont la famille d'accueil. Le type de mesure entreprise par la DPJ se fait en fonction de la gravité de la situation dans le milieu familial de l'enfant et de la capacité de sa famille à s'occuper adéquatement de lui. Dès qu'un intervenant reçoit un dossier, il analyse la situation en détails afin d'élaborer un plan d'intervention qui précise les objectifs visés pour l'enfant et la responsabilité des gens qui gravitent autour de lui (La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2008). Dans le présent essai, l'attention sera portée sur la mesure du placement en famille d'accueil mise en place pour pallier à un environnement familial naturel hautement dysfonctionnel.

Au Québec, il y a 6583 familles d'accueil réparties à l'intérieur des 16 régions du Québec (Association des centres jeunesse du Québec, 2011). Selon la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2) :

Peuvent être reconnues à titre de famille d'accueil, une ou deux personnes qui accueillent à leur lieu principal de résidence au maximum neuf enfants en difficulté qui leur sont confiés par un établissement public afin de répondre à leurs besoins et leur offrir des conditions de vie favorisant une relation de type parental dans un contexte familial. (Article 312, 1<sup>er</sup> alinéa) (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2003, page 23.)

Ces familles doivent garantir un milieu de vie familial à l'enfant en assurant « hébergement, soins, entretien, sécurité, éducation pour une période de temps indéterminée » (Fédération des familles d'accueil du Québec, 2010). Pour ce faire, elles

reçoivent une rétribution financière de base quotidienne selon l'âge de l'enfant et permettant d'assurer les dépenses qui lui sont liées et de compenser pour le temps passé avec lui. De plus, ces familles peuvent maximiser leurs aptitudes grâce à des formations continues et doivent avoir un suivi avec les intervenants du Centre jeunesse (Fédération des familles d'accueil du Québec, 2010). Dans plusieurs cas, la famille d'accueil doit également promouvoir des contacts entre l'enfant et sa famille naturelle en partenariat avec le Centre jeunesse.

Au Québec, il y a trois types de familles d'accueil : la famille de dépannage, la famille d'accueil à long terme et la famille d'accueil en banque mixte (Faugeras, Moisan, & Laquerre, 2000). La famille de dépannage est une ressource à court terme. Par exemple, un enfant peut y vivre les fins de semaine afin d'offrir un répit à ses parents naturels ou être accueilli le temps de trouver une famille d'accueil à long terme (Faugeras et al., 2000). La famille d'accueil à long terme peut accueillir des enfants jusqu'à leur majorité, mais n'envisage pas l'adoption (Faugeras et al., 2000). Il y a deux types de famille d'accueil à long terme : la régulière et la spécifique. La famille d'accueil dite régulière n'a pas de lien biologique avec l'enfant. Elle peut recevoir plusieurs enfants à la fois puisqu'elle est reconnue comme une ressource qualifiée par le Centre jeunesse pour recevoir des enfants dans le besoin. À l'opposé, la famille d'accueil spécifique a été choisie pour s'occuper de l'enfant qui lui a été confié, car un lien les unit. Il peut s'agir par exemple d'un ami de la famille, d'une tante ou encore des grands-parents de l'enfant. Cette famille ne sera pas sollicitée pour recevoir d'autres

enfants. Quant à la famille d'accueil en banque mixte, elle accueille un enfant à risque ou en situation d'abandon dans une perspective d'adoption (Faugeras et al., 2000). En principe, ce programme est ouvert pour les enfants de tous les âges, mais en réalité, ce sont particulièrement des enfants âgés entre 0 et 6 ans qui en profitent (Faugeras et al., 2000). Pour être admissible au programme banque mixte, les futurs parents doivent d'abord s'inscrire auprès de la DPJ. Ils devront ensuite subir une évaluation psychosociale et attendre un délai d'environ deux ans avant d'être jumelés à un enfant. À la suite d'une ordonnance du tribunal, les parents accueilleront d'abord l'enfant à titre de famille d'accueil attendant le jugement d'adoption (Faugeras et al., 2000). Toutefois, ils doivent accepter la possibilité que l'enfant ne soit jamais légalement adoptable si sa situation d'abandon n'est pas clarifiée.

### **Facteurs de risque des enfants placés**

Les familles accueillant un enfant qui a été retiré de sa famille naturelle sont confrontées aux conséquences liées au passé de l'enfant. Ces enfants cumulent souvent un nombre important de facteurs de risque compromettant leur développement et leur adaptation ultérieure dans leur famille d'accueil. Selon le modèle écologique et transactionnel proposé par Cicchetti et Lynch (1993), les facteurs de risque peuvent être présents à l'intérieur de différents systèmes gravitant autour de l'enfant (ontogénique, microsystème, exosystème et macrosystème), mais ceux observés à l'intérieur des systèmes proximaux à l'enfant (ontogénique et microsystème) sont davantage susceptibles d'affecter le développement de ce dernier (Cicchetti & Lynch, 1993). Le



niveau ontogénique réfère aux caractéristiques de l'enfant, le microsystème réfère à la famille de l'enfant, l'exosystème réfère à la communauté dans laquelle l'enfant est impliqué alors que le macrosystème réfère aux valeurs et aux croyances de la culture en vigueur (Cicchetti & Lynch, 1993). En lien avec ce modèle écologique transactionnel, les facteurs de risque présentés dans cette section sont des variables proximales à l'enfant, le premier facteur se rapportant au système ontogénique alors que les trois suivants sont issus du microsystème : 1) les risques intra-utérins/néonataux, 2) l'adversité du milieu familial d'origine, 3) les problématiques des parents naturels et 4) les difficultés dans la relation parent-enfant.

### **Les risques intra-utérins/néonataux**

Les mères qui se voient retirer la garde de leur enfant présentent davantage de comportements à risque même pendant la grossesse, exposant ainsi leur fœtus à un environnement intra-utérin plus néfaste. En effet, certaines études ont révélé que les enfants placés ont davantage été exposés à la consommation d'alcool et de drogues de leur mère pendant la grossesse (McGuinness & Schneider, 2007; Smith, Johnson, Pears, Fisher, & DeGarmo, 2007; Vig, Chinitz, & Shulman, 2005). Il a été démontré que la consommation d'alcool de la mère pendant la grossesse est un prédicteur de comportements ultérieurs de maltraitance envers l'enfant alors qu'une combinaison d'abus d'alcool et de drogues de la mère pendant la grossesse aurait été associée au placement ultérieur de l'enfant dans une multitude de familles d'accueil, en moyenne six (Smith et al., 2007). Cette exposition a d'ailleurs été associée à un risque accru chez

l'enfant de naître prématurément (McGuinness & Schneider, 2007) et de développer des infections transmises de manière congénitale telles que le VIH, la syphilis, l'hépatite et l'herpès (Vig et al., 2005) ou des problèmes de santé chronique (Jee et al., 2006). D'autres chercheurs ont observé que les enfants placés avaient davantage été exposés à la consommation de tabac de leur mère pendant la grossesse, ce qui les avait rendus plus susceptibles de naître prématurément, de présenter un poids et une taille inférieurs à la moyenne à la naissance, d'obtenir un score sur l'échelle de l'APGAR plus faible et de sortir plus tardivement de l'hôpital (Kalland, Sinkkonen, Gissler, Meriläinen, & Siimes, 2006). Ces chercheurs notent toutefois que le poids à la naissance des enfants placés en famille d'accueil est inférieur à celui des enfants de la population normale et ce, indépendamment du tabagisme maternel. Ce résultat laisse donc croire que ces enfants ont pu être exposés à d'autres facteurs de risque prénataux ayant pu affecter leur développement. Non seulement l'environnement intra-utérin des enfants placés est problématique, mais leur environnement familial suivant leur naissance l'est souvent tout autant.

### **Adversité du milieu familial d'origine**

Des études ont observé que certaines caractéristiques parentales et environnementales pourraient mener à l'abus et la négligence des enfants, deux contextes de soin généralement à l'origine d'un placement en famille d'accueil. En effet, les chercheurs ont identifié un lien entre la maltraitance et un milieu familial sous le seuil de la pauvreté (Drake & Pandey, 1996), un faible niveau d'éducation et le chômage

d'un parent, ainsi que le fait d'habiter dans un quartier défavorisé (Nelson, Saunders, & Landsman, 1993). De l'ensemble de ces facteurs, il a été démontré que la pauvreté serait le meilleur prédicteur de placement des enfants en famille d'accueil (Barth, Wildfire, & Green, 2006; Lindsey, 1991). D'autres chercheurs ont identifié le réseau social insuffisant comme étant un facteur de risque de maltraitance envers les enfants puisque les parents n'ont pas de soutien et que leurs comportements ne sont pas exposés aux regards de leur entourage (Annerbäck, Svedin, & Gustafsson). Certains auteurs proposent que le lien entre l'adversité du milieu familial d'origine et des comportements parentaux de maltraitance soit indirect. Pour Berger (2004), l'adversité du milieu crée un stress chez les parents, les amenant à agir inadéquatement envers leurs enfant alors que pour Drake et Pandey (1996), ce sont des problématiques des parents naturels qui les amènent à la fois à se placer dans un contexte à risque au plan socioéconomique et à manifester des comportements inappropriés envers leurs enfants.

### **Les problématiques des parents naturels**

En plus de l'adversité du milieu intra-utérin et familial avant leur placement, les enfants auraient aussi conjugué avec les différentes problématiques de leurs parents naturels. Plusieurs études se sont intéressées à ces problématiques en soulignant les risques ou les conséquences possibles qu'elles ont sur les enfants. D'abord, l'abus de substances des parents semble associé à une augmentation des risques de maltraitance (Smith et al., 2007; Walsh, MacMillan, & Jamieson, 2003) et de négligence (Vig et al., 2005) envers les enfants. Non seulement l'alcoolisme ou la toxicomanie des parents

naturels a un impact direct sur les soins inadéquats prodigués à leur enfant mais ils entraînent également d'autres facteurs de risque venant complexifier le portrait de ces familles. En effet, certains auteurs ont démontré que ces dépendances sont associées à un faible niveau d'éducation des parents, la pauvreté ainsi qu'un environnement familial instable (Osborne & Berger, 2009; Staudt & Cherry, 2009). Comme souligné précédemment, ces caractéristiques environnementales augmentent elles aussi les risques de maltraitance et de négligence envers les enfants. Ensuite, les problèmes de santé mentale des parents tels que la dépression, le trouble bipolaire, le trouble obsessionnel-compulsif et la psychose font aussi partie des expériences des enfants victimes de négligence (Aldridge, 2006; Davies & Allen, 2007; Hollingsworth, 2004; Park, Solomon, & Mandell, 2006). De fait, certains auteurs ont noté que les parents pris en charge par le système de protection de l'enfance présentent en majorité une co-occurrence de problèmes de santé mentale et de dépendance aux drogues, exposant l'enfant à davantage de situations perturbantes (Stromwall et al., 2008). Tout comme la consommation de drogues et d'alcool, les problèmes de santé mentale sont souvent porteurs de difficultés additionnelles comme un manque de compétence parentale, un faible niveau d'éducation, un faible revenu et une gestion inadéquate du revenu, un milieu de vie instable, de la violence conjugale et des conflits parent-enfant (Staudt & Cherry, 2009). Finalement, d'autres auteurs ont observé un lien entre la négligence des enfants et la présence de troubles cognitifs ou d'une lenteur intellectuelle chez les parents naturels (Glaun & Brown, 1999; Vig et al., 2005). Ce lien s'explique, selon certains auteurs, par le fait que les parents limités au plan cognitif manquent de

compétence parentale (Feldman & Case, 1999) et ont un réseau social restreint, les laissant ainsi à eux-mêmes (Glaun & Brown, 1999; Mayes, Llewellyn, & McConnell, 2008), ce qui accroît les risques de négligence parentale.

### **Les difficultés dans la relation parent-enfant**

Enfin, parmi les facteurs de risque les plus perturbants pour l'enfant se trouvent les problèmes qui affectent directement la relation entre celui-ci et son parent naturel (Stovall & Dozier, 1998). Dans les prochaines lignes, il sera question de la maltraitance envers les enfants et le type d'attachement habituellement développé entre les parents maltraitants et les enfants maltraités. Les problèmes dans la relation parent-enfant peuvent se manifester, entre autres sous la forme de maltraitance qui implique la négligence, la violence physique, l'abus psychologique et sexuel. Parfois, une combinaison de ces différentes formes de mauvais traitements est possible. Les parents négligents ne répondent pas aux besoins de base de leurs enfants ou y répondent de façon totalement inappropriée (Schaeffer & Lewis, 1990). Par exemple, ils laissent souvent leurs enfants seuls sans figure de protection pour veiller à leur bien-être et, même lorsqu'ils sont présents, leurs interactions sont minimales (Egeland & Sroufe, 1981). Par conséquent, cette absence d'échanges relationnels peut entraver le développement affectif et social de l'enfant mais également ses apprentissages. Les enfants victimes de violence physique sont généralement la cible de comportements parentaux agressifs, impulsifs et de confrontation à leur endroit (Timmer et al., 2006), mais ils ont aussi très souvent des parents qui minimisent toutes interactions verbales et

physiques avec eux (Mash, Johnston, & Kovitz, 1983; Schaeffer & Lewis, 1990). Ceux qui sont victimes d'abus émotionnels sont la cible de paroles blessantes prononcées par leurs parents comme par exemple le fait d'être traité de noms ou de se faire dire qu'on aurait préféré qu'ils ne soient jamais venu au monde (Baker & Maiorino, 2010). Quant à la négligence émotionnelle, elle peut être représentée par l'ignorance des parents des besoins émotionnels et psychologiques de leur enfant (McGee & Wolfe, 1991). Par conséquent, les enfants placés qui ont vécu de la maltraitance ont été exposés à des comportements parentaux inadéquats et leur capacité à former une relation adéquate et rassurante avec leurs parents naturels se voit donc gravement compromise. Une récente méta-analyse a d'ailleurs démontré que la maltraitance entraîne l'établissement d'une relation d'attachement désorganisé face au parent naturel (Cyr, Euser, Bakermans-Kranenburg, & Van Ijzendoorn, 2010), ce qui indique que l'enfant est dépourvu de stratégies pour aller chercher du réconfort auprès de son parent lorsqu'il est en détresse. Plusieurs études portant spécifiquement sur les enfants placés en famille d'accueil ont montré que ces derniers développaient davantage un lien d'attachement insécurisant et même souvent désorganisé à leur parent d'accueil (Stovall & Dozier, 1998; van den Dries, Juffer, van Ijzendoorn, & Bakermans-Kranenburg, 2009). Seule une étude a montré que la proportion d'enfants placés en famille d'accueil ayant développé un attachement sécurisant envers leur mère d'accueil atteignait un seuil presque aussi élevé que dans une population normative (Ponciano, 2010). Cette étude explique le taux d'attachement sécurisant par la sensibilité maternelle de la mère d'accueil.

Enfin, lorsque la DPJ conclut qu'un placement en famille d'accueil s'impose, ces enfants doivent composer avec un facteur de risque additionnel lié à la relation parent-enfant, soit la rupture du lien d'attachement à leur parent naturel (Paquin, 2003). Ils peuvent alors ressentir un sentiment de rejet et de perte important en plus d'un stress lié au changement d'environnement et à la cohabitation avec des étrangers (Dance, Rushton, & Quinton, 2002; Lanyado, 2003; Marquis, Leschied, Chiodo, & O'Neill, 2008). Les parents d'accueil doivent alors composer avec un enfant qui vit les différentes étapes du deuil de ses parents naturels et plus la relation était néfaste, plus le processus sera difficile et long (Paquin, 2003). Malgré le grand besoin de stabilité de ces enfants, un placement en famille d'accueil n'est parfois que temporaire et l'échéance du temps de placement n'est pas toujours respecté. En effet, les enfants peuvent être retournés dans leur famille naturelle si les autorités jugent que la situation familiale s'est améliorée ou encore ils peuvent être déplacés dans une nouvelle famille d'accueil si une adaptation à la famille d'accueil actuelle est impossible. Ces déplacements d'une famille d'accueil à une autre ne semblent pas exceptionnels, car le nombre moyen de placements d'un enfant aux États-Unis est de 4,23 (Newton, Litrownik, & Landsverk, 2000). Cette discontinuité qui entraîne une multitude d'attachement-détachement n'est pas sans conséquence pour les enfants. Il semble que plusieurs pertes traumatiques peuvent entraîner un fort sentiment de colère (Lanyado, 2003) et les multiples changements de famille d'accueil entraînent une difficulté à créer un lien d'attachement aux nouveaux parents substituts, à maintenir une relation et à faire confiance aux adultes (Newton et al., 2000; Unrau, Seita, & Putney, 2008).

### **Problèmes de comportement**

Les problèmes de comportement se divisent en deux catégories : les problèmes intériorisés et les problèmes extériorisés. Les problèmes intériorisés réfèrent à des symptômes dirigés à l'intérieur de l'enfant comme l'anxiété, la tristesse, la peur, la timidité, le retrait social et la somatisation (Eisenberg et al., 2001; Eisenberg, Shepard, Fabes, Murphy, & Guthrie, 1998; Izard, Libero, Putnam, & Haynes, 1993; Reynolds, 1992). Les problèmes extériorisés font, quant à eux, référence à des symptômes dirigés à l'extérieur de l'enfant comme l'agressivité, l'impulsivité, l'agitation ainsi qu'un manque d'obéissance et de respect des limites (Eisenberg et al., 2001; Eisenberg, Shepard, Fabes, Murphy, & Guthrie, 1998; Izard, Libero, Putnam, & Haynes, 1993; Reynolds, 1992). Parmi la population des enfants placés en famille d'accueil, 48,7 % présentent un problème de comportement (intériorisé ou extériorisé) tandis que 61 % présentent une comorbidité de symptômes intériorisés et extériorisés (McIntyre & Keesler, 1986). Par conséquent, la tâche des parents d'accueil en est grandement affectée et ils doivent apprendre à cohabiter avec des enfants qui ont un lourd passé qui se répercute dans leurs comportements quotidiens.

Les facteurs de risque intra-utérins, familiaux, parentaux et relationnels cumulés par les enfants placés en famille d'accueil augmentent la probabilité de développer certains problèmes de comportement. D'abord, les enfants qui ont été exposés à la drogue durant la période intra-utérine ont plus de risque de manifester des problèmes extériorisés



comme l'impulsivité et l'inattention durant la période préscolaire (Slinning, 2004). L'explication à cette relation serait neurologique.

L'adversité du milieu familial d'origine est liée à une augmentation des risques de développer un problème extériorisé. Par exemple, c'est le cas pour les enfants qui habitent dans les quartiers très défavorisés (Winslow & Shaw, 2007). Laissés à eux-mêmes, ces enfants n'auraient pas acquis les habiletés d'auto-régulation des émotions et de résolution de problèmes nécessaires à l'interaction avec les enseignants et les camarades de classe pour l'entrée scolaire. Par conséquent, il pourrait en résulter le développement d'un problème extériorisé vers l'âge de six ans. Aussi, le fait de vivre dans la pauvreté augmente les risques d'exhiber des symptômes intériorisés et extériorisés vu l'augmentation des conflits parentaux, la faible fréquence d'expériences stimulantes pour l'enfant, la qualité médiocre de l'environnement familial physique et l'absence d'implication émotionnelle de la mère (Dearing, McCartney, & Taylor, 2006; Eamon, 2000).

En ce qui a trait aux problématiques des parents naturels, l'alcoolisme (Eiden, Edwards, & Leonard, 2007; Hussong, Huang, Curran, Chassin, & Zucker, 2010), le trouble obsessionnel-compulsif maternel (Steinhausen, Dal Mas, Ledermann, & Metzke, 2006) et la dépression maternelle (Cummings, Schermerhorn, Keller, & Davies, 2008; Trapolini, McMahon, & Ungerer, 2007) sont liés à une augmentation des risques de développer des manifestations extériorisées et intériorisées. En effet, le fait de vivre avec

des parents alcooliques augmente la probabilité de manifester des symptômes extériorisés à cause des comportements parentaux inadéquats menant à une faible capacité d'auto-régulation chez l'enfant (Eiden et al., 2007). À l'opposé, la cohabitation avec une mère dépressive, obsessionnelle-compulsive, anxieuse, phobique ou paranoïde augmente la probabilité de développer un problème intériorisé (Steinhausen et al., 2006; Trapolini et al., 2007). La relation entre les symptômes dépressifs de la mère et les symptômes intériorisés de l'enfant s'explique par l'influence génétique à développer de telles manifestations ainsi que les conditions environnementales néfastes provoquées par la dépression maternelle.

Concernant les difficultés dans la relation parent-enfant, la maltraitance est liée à une augmentation des risques de développer des symptômes intériorisés et extériorisés en réaction à la mauvaise qualité de la relation parent-enfant (Kim & Cicchetti, 2003; Moylan et al., 2010). Toutefois, l'abus psychologique ne serait associé qu'à une augmentation des risques de présenter des manifestations intériorisées (Gibb, Benas, Crossett, & Uhrlas, 2007; Kim & Cicchetti, 2006; Uhrlas & Gibb, 2007). La relation s'explique par la théorie cognitive de Beck qui sous-tend que la création de schémas cognitifs négatifs (échec, rejet, etc.) contribuerait à la vulnérabilité de développer une dépression lors des événements de vie difficiles (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979; Clark, Beck, & Alford, 1999) ou par la faible estime de soi entraînée par l'abus (Kim & Cicchetti, 2006). Par ailleurs, les enfants qui ont connu de multiples changements de

famille d'accueil sont à haut risque de développer un problème intériorisé et extériorisé en réaction à l'instabilité chronique de leur environnement (Newton et al., 2000).

En résumé, les études ont démontré que plusieurs facteurs de risque cumulés par les enfants placés en famille d'accueil sont associés au développement de problèmes intériorisés et extériorisés. Par contre, très peu d'études se sont intéressées aux deux variables de façon simultanée (facteurs de risque et troubles de comportement) en utilisant un échantillon d'enfants placés en famille d'accueil (Slinning, 2004; Trapolini et al., 2007). La majorité des articles évaluent les facteurs précipitant le développement des problèmes de comportement (Gully, Koller, & Ainsworth, 2001; Hussong et al., 2010) ou les conséquences associées à certains facteurs de risque (Barnett, Ganiban, & Cicchetti, 1999; Coulton, Korbin, & Su, 1999), sans toutefois utiliser un échantillon d'enfants placés. De plus, lorsqu'un article traite des deux principales variables en utilisant un échantillon d'enfants placés, l'observation est généralement limitée aux conséquences d'un seul facteur de risque plutôt que l'accumulation de plusieurs facteurs de risque.

Cette étude propose de vérifier, à l'aide d'études de cas, si un jeune enfant placé en famille d'accueil qui présente un problème intériorisé ou extériorisé a cumulé davantage de facteurs de risque intra-utérins, familiaux, parentaux et relationnels qu'un enfant placé qui n'a pas de problèmes de comportement. La première hypothèse de l'étude sous-tend que l'enfant qui présente des problèmes de comportement aura cumulé

davantage de facteurs de risque dans sa famille naturelle que l'enfant qui ne présente pas de problèmes de comportement. La deuxième hypothèse, en lien avec la théorie de l'attachement (Stovall & Dozier, 1998) et du modèle écologique transactionnel (Cicchetti & Lynch, 1993), propose que ce soit davantage les risques associés à la relation parent-enfant qui sont susceptibles de distinguer les deux enfants.

## **Méthode**

## Participants

Dans le cadre de cet essai, les deux participants ont été recrutés au Centre jeunesse de Montréal – Institut Universitaire afin de participer à une étude portant sur la relation entre le parent d'accueil et l'enfant placé ainsi que sur l'adaptation comportementale de l'enfant au sein de cette famille. Le *projet d'intervention relationnelle auprès des familles d'accueil* a vu le jour en septembre 2007 (Moss, Dubois-Comtois, Cyr, Carignan, & St-André, 2009). Au moment de la rédaction de l'essai, 16 familles avaient été recrutées pour participer à l'étude. Les données pertinentes (facteurs de risque et CBCL: Child behavior checklist) pour répondre aux questions de l'étude étaient disponibles pour 9 de ces familles. Par conséquent, l'enfant qui présentait les scores les plus élevés au CBCL a été sélectionné comme participant tout comme celui qui présentait les scores les plus faibles. Ce choix de scores contrastés sera la méthode utilisée pour vérifier les hypothèses à l'étude.

Le participant A, un garçon âgé de 16 mois, était placé en famille d'accueil depuis 15 mois au moment du recrutement, dont 12 mois et 5 jours avec la famille d'accueil actuelle. La mère d'accueil, âgée de 40 ans, a une scolarité de niveau universitaire tout comme son conjoint et ensemble, ils bénéficient d'un revenu annuel de 100 000 \$ et plus. Le participant B, un garçon âgé de 11 mois, était placé en famille d'accueil depuis 9 mois au moment du recrutement, dont 4 mois et 10 jours avec la famille d'accueil

actuelle. La mère d'accueil, âgée de 39 ans, a une scolarité de niveau collégial alors que son conjoint a une scolarité de niveau universitaire. Ensemble, ils bénéficient également d'un revenu annuel de 100 000 \$ et plus.

### **Procédure**

Lorsque les mères d'accueil et les enfants placés ont été visités pour la première fois (dans le cadre du projet d'étude), les chercheurs ont remis au parent une série de questionnaires. Parmi ces questionnaires figuraient le CBCL ainsi qu'un autre concernant les données sociodémographiques des enfants et de leur famille. Une fois que les parents ont complété l'ensemble du projet de recherche (après 12 semaines), une étudiante du doctorat a consulté le dossier de l'enfant au Centre jeunesse pour recueillir les informations sur les antécédents au placement en famille d'accueil.

### **Instruments de mesure**

#### **Child Behavior Checklist (CBCL)**

Le CBCL est un questionnaire de 100 items pouvant être rempli par les parents, les éducateurs ou les enseignants et développé pour les enfants âgés entre 18 mois et 5 ans. Dans le cadre de cet essai, le questionnaire a été rempli par la mère d'accueil même si les enfants étaient âgés de moins de 18 mois. En fait, d'autres études ont utilisé ce questionnaire pour des enfants de 12 mois (Koot, Van Den Oord, Verhulst, & Boomsma, 1997; Van Zeijl et al., 2006). Les mères ont indiqué, à l'aide d'une échelle de type « Likert » en trois niveaux (de 0 à 2; 0 = ne s'applique pas, 1 = plus ou moins ou parfois

vrai, 2 = toujours ou souvent vrai), à quel point les comportements listés correspondent ou non aux difficultés que l'enfant manifeste. Les items ont ensuite été additionnés à l'intérieur de huit sous-échelles de symptômes, soit *émotion/réaction*, *anxiété/dépression*, *plaintes somatiques*, *repli sur soi*, *problèmes d'attention*, *comportement agressif*, *trouble du sommeil et autres problèmes*. Ces huit sous-échelles ont ensuite été jumelées pour évaluer la présence de problèmes de comportement intériorisés (*émotion/réaction*, *anxiété/dépression*, *plaintes somatiques et repli sur soi*) et extériorisés (*problèmes d'attention et comportement agressif*). Afin d'obtenir des scores standardisés, l'ensemble des scores ont été convertis en score *T*. Pour les échelles intériorisées et extériorisées, un score *T* de moins de 60 indique que l'enfant ne présente pas de problème, un score de 60 à 63 indique que l'enfant se situe dans l'intervalle critique pouvant mener à un problème et un score de plus de 63 indique la présence de problème se situant au-dessus du seuil clinique. La fidélité du CBCL a été vérifiée à l'aide de la stabilité test-retest : 0,95 pour une semaine et 0,74 pour une année (Achenbach & Rescorla, 2001). Sa validité a également été confirmée en comparant les résultats obtenus à ceux évalués par d'autres questionnaires sur les problèmes de comportement (Achenbach & Rescorla, 2001).

### **Facteurs de risque**

Les données concernant les facteurs de risque intra-utérins, familiaux, parentaux et relationnels ont été recueillies auprès de la mère biologique par un intervenant des Centres jeunesse. Les informations concernant la grossesse, l'état de la mère durant la



grossesse, la naissance de l'enfant, les parents biologiques, la raison ou les raisons du placement et l'histoire des placements sont disponibles pour les deux participants. Celles-ci ont été recueillies rétrospectivement lors du signalement et de l'évaluation par les intervenants de la DPJ. Ceux-ci pouvaient également avoir accès au dossier médical de l'enfant dans bien des cas.

## Résultats

Cette section présente les données recueillies pour les deux enfants sélectionnés pour cet essai. Les informations relatives aux facteurs de risque seront tout d'abord présentées en suivant l'ordre suivant : les risques intra-utérins, familiaux, parentaux et relationnels (voir aussi Tableau 1). Les données sur les problèmes de comportement intériorisés et extériorisés seront ensuite présentées (voir Tableau 2).

### **Facteurs de risque**

#### **Les risques intra-utérins/néonataux**

Au niveau des informations contenues dans le dossier de l'enfant, nous pouvons identifier que le participant A aurait été exposé à la consommation de tabac de sa mère pendant la grossesse. La mère aurait évalué sa consommation de tabac à environ un paquet de cigarette par jour. À sa naissance, ce participant aurait présenté un poids de 3,59 kg, ce qui le situe au 50<sup>e</sup> percentile. L'enfant aurait séjourné pendant une semaine en néonatalogie puisqu'il aurait souffert de détresse respiratoire.

Concernant le participant B, il aurait été exposé à la consommation d'alcool (vodka à l'occasion) de sa mère pendant la grossesse. À sa naissance, ce participant aurait présenté un poids de 2,88 kg, ce qui le situe au 15<sup>e</sup> percentile. Le dossier fait état d'un faciès atypique de l'enfant, car il a les yeux en amande et un trouble trisomie 21 aurait été soupçonné, mais non confirmé. Il est également possible de penser à la présence d'un

syndrome alcoolo-fœtal pour cet enfant compte tenu de la consommation d'alcool de la mère pendant la grossesse. Aucun autre facteur de risque n'aurait été déclaré au plan intra-utérin et aucune difficulté ne se serait présentée au moment de l'accouchement.

Jusqu'ici, à la lumière des informations dont on dispose, les deux participants semblent présenter certains des risques intra-utérins. Toutefois, non seulement le participant B aurait été exposé à des substances consommées par la mère et à une certaine vulnérabilité à la naissance (dans ce cas-ci, un faible poids) mais en plus, on soupçonne un problème chromosomique ou une malformation congénitale.

#### **Adversité du milieu familial d'origine**

La mère biologique du participant A présentait des difficultés financières alors que la mère biologique du participant B n'aurait pas eu de domicile fixe. Aucune autre information n'a été répertoriée au dossier. On peut donc conclure que les deux participants proviennent de familles touchées par la pauvreté.

#### **Les problématiques des parents naturels**

La mère biologique du participant A présenterait des symptômes dépressifs, un trouble anxieux ainsi qu'un trouble de la personnalité. Après son accouchement, elle aurait présenté les manifestations d'un trouble d'adaptation post-naissance avec des idéations suicidaires. Au niveau cognitif, elle présenterait une lenteur intellectuelle. Le père biologique du participant A n'aurait pas reconnu sa paternité et celle-ci est donc

incertaine. L'homme qui aurait toutefois été identifié comme père probable souffrirait d'alcoolisme et d'un problème de santé mentale qui n'a toutefois pas été spécifié.

La mère biologique du participant B aurait déjà été traitée pour une dépression avec du Paxil, consommerait du cannabis et serait décrite comme impulsive. Au niveau cognitif, une déficience intellectuelle légère serait soupçonnée et un diagnostic de grande lenteur intellectuelle aurait été posé lorsqu'elle était âgée de 10 ans. Le père biologique du participant B serait décrit comme impulsif et il consommerait régulièrement du cannabis et de l'alcool de façon abusive. Il aurait consommé du crack de manière régulière dans le passé. Il aurait été arrêté pour violence conjugale envers la mère de l'enfant, ce qui aurait nécessité un retrait d'urgence de l'enfant de sa famille naturelle.

En ce qui a trait aux problématiques parentales, les deux familles sont touchées par des enjeux de santé mentale, de lenteur intellectuelle et de toxicomanie (chez le père). Toutefois, le participant B a également été exposé à la consommation de drogues de sa mère, des comportements impulsifs chez ses deux parents et de la violence conjugale, ce qui le place dans un contexte plus à risque que le participant A.

### **Les difficultés dans la relation parent-enfant**

La raison du placement du participant A serait un manque d'habiletés parentales qui aurait mené à la négligence. La mère aurait eu de la difficulté à mettre ses besoins de

côté pour répondre à ceux de son bébé et à démontrer de l'affection. Le placement de ce participant aurait été volontaire à la demande de la mère. Ce participant, âgé de 16 mois au moment du recrutement, aurait vécu deux placements en famille d'accueil, dont l'un dans une famille de transition pour une durée de 3 mois et 11 jours et l'autre dans une famille en banque mixte dans laquelle il vivait depuis 12 mois et 5 jours au moment du recrutement.

La raison du placement du participant B serait la négligence et des soupçons d'abus physique. En effet, des doutes persistent quant à la possibilité que les parents aient secoué le bébé. Ce participant, âgé de 11 mois au moment du recrutement, aurait vécu trois placements en famille d'accueil, dont deux en famille de transition pour une durée de 4 mois et 30 jours (1 mois et 5 jours dans la première et 3 mois et 25 jours dans la deuxième) et l'autre dans une famille en banque mixte dans laquelle il vivait depuis 4 mois et 10 jours au moment du recrutement.

En ce qui a trait aux risques dans la relation parent-enfant, bien que les deux enfants aient été exposés à une situation risquée due à la négligence, le participant B aurait été potentiellement victime d'abus physique et aurait vécu davantage de déplacements, ce qui le met plus à risque que le participant A.

## Problèmes de comportement

### Comportements intériorisés

Le participant A obtient un score  $T$  de 33 à l'échelle intériorisée, ce qui est bien en deçà du seuil clinique de 60. En fait, ce score est attribuable à un seul item à l'intérieur de l'échelle intériorisée qui a été identifié comme parfois vrai pour l'enfant, soit le fait que l'enfant ne mange pas bien. Il est important de noter que ce comportement n'est pas nécessairement indicatif d'un problème de comportement intériorisé.

Le participant B obtient un score  $T$  de 66 à l'échelle intériorisée, ce qui se situe au-dessus du seuil clinique. Ce score est attribuable aux résultats obtenus aux quatre sous-échelles qui constituent l'échelle intériorisée : un score  $T$ , au-dessus du seuil, de 70 à la sous-échelle *plaintes somatiques*, un score  $T$ , dans l'intervalle critique, de 69 à la sous-échelle *anxiété et dépression* et des scores  $T$ , sous le seuil clinique, de 62 à la sous-échelle *émotion et réaction* et de 51 à la sous-échelle *repli sur soi*. En regardant ces sous-échelles, on remarque qu'anxiété et dépression ainsi que plaintes somatiques sont les plus élevées. À titre descriptif, les items des deux sous-échelles les plus élevées, donc davantage représentatives des difficultés de l'enfant, seront décrits. À l'intérieur de la sous-échelle *plaintes somatiques*, la mère a identifié un item comme toujours vrai pour l'enfant, soit le fait que l'enfant ne mange pas bien. Toutefois, elle a identifié cinq items comme parfois vrai pour l'enfant, soit le fait (1) d'avoir des douleurs ou maux autres que maux de tête ou d'estomac, (2) de ne pas tolérer que chaque chose ne soit pas à sa place, (3) de souffrir de constipation ou de rétention des selles, (4) d'avoir des maux ou

crampes d'estomac et (5) de trop se soucier de la propreté. À l'intérieur de la sous-échelle *anxiété et dépression*, la mère a identifié trois items comme toujours vrai pour l'enfant, soit le fait (1) de s'accrocher aux adultes et être trop dépendant, (2) se vexer facilement et (3) d'être trop perturbé lorsqu'il est séparé de ses parents.

Donc, au niveau des comportements intériorisés, on note que le participant B présente plus de manifestations pouvant traduire des difficultés à ce niveau que le participant A.

### **Comportements extériorisés**

Le participant A obtient un score *T* de 46 à l'échelle extériorisée, ce qui est bien en deçà du seuil clinique de 60. La sous-échelle *comportement agressif* qui a un score *T* de 50 et la sous-échelle *problème d'attention* qui a un score *T* de 51, également en deçà du seuil clinique. À l'intérieur de la sous-échelle *comportement agressif*, la mère a identifié un item comme toujours vrai pour l'enfant, soit le fait de ne pas pouvoir attendre, veut tout avoir immédiatement. Cependant, elle a identifié cinq items comme parfois vrai pour l'enfant, soit le fait (1) de se rebeller, (2) exige qu'on satisfasse immédiatement à ses demandes, (3) détruit les choses qui appartiennent aux autres enfants ou à la famille, (4) désobéit et (5) veut beaucoup d'attention. À l'intérieur de la sous-échelle *problème d'attention*, la mère a identifié deux items comme parfois vrai pour l'enfant, soit le fait (1) d'avoir de la difficulté à demeurer tranquillement assis ou d'avoir un comportement hyperactif et (2) de passer rapidement d'une activité à une autre.



Le participant B obtient un score  $T$  de 63 à l'échelle extériorisée, ce qui indique que l'enfant se situe dans l'intervalle critique pouvant mener à un problème. Toutefois, les deux sous-échelles composant l'échelle extériorisée se situent sous le seuil clinique : la sous-échelle *comportement agressif* a un score  $T$  de 64 et la sous-échelle *problème d'attention* a un score  $T$  de 56. À l'intérieur de la sous-échelle *comportement agressif*, la mère a identifié huit items comme toujours vrai pour l'enfant, soit le fait (1) de ne pas pouvoir attendre; veut tout avoir immédiatement, (2) se rebelle, (3) exige qu'on satisfasse immédiatement à ses demandes, (4) désobéit, (5) ne se sent pas coupable après s'être mal comporté, (6) se frustre facilement, (7) est de mauvaise humeur, se met en colère et (8) crie beaucoup. Elle a aussi identifié quatre items comme parfois vrai pour l'enfant, soit le fait (1) d'être têtu, maussade ou irritable, (2) fait des crises de colère, (3) n'est pas coopératif et (4) veut beaucoup d'attention. À l'intérieur de la sous-échelle *problème d'attention*, la mère a identifié un item comme toujours vrai pour l'enfant, soit le fait de passer rapidement d'une activité à une autre. Elle a également identifié deux items comme parfois vrai pour l'enfant, soit le fait (1) d'avoir de la difficulté à se concentrer ou à porter attention de façon soutenue et (2) a de la difficulté à demeurer tranquillement assis ou a un comportement hyperactif.

Au niveau des comportements extériorisés, le participant A se situe en deçà du seuil clinique alors que le participant B se situe dans l'intervalle critique pouvant mener à un problème.

## Discussion

Cette étude avait pour objectifs de vérifier si (1) un enfant placé présente des problèmes de comportement dans sa famille d'accueil avait cumulé davantage de facteurs de risque avant le placement qu'un enfant placé n'ayant pas de problèmes de comportement et (2) si les difficultés associées à la relation parent-enfant jouaient un rôle prépondérant dans l'émergence de difficultés comportementales chez l'enfant placé.

### **Facteurs de risque et placement en famille d'accueil**

D'abord, il faut noter que les deux enfants ayant participé à l'étude ont été exposés à un certain nombre de facteurs de risque communs avant leur placement en famille d'accueil. En effet, tous deux ont été exposés à la consommation de substances tératogènes, telles le tabac et l'alcool, de leur mère pendant leur gestation. De plus, les deux participants proviennent d'un environnement à risque touché par la pauvreté. Un tel contexte a d'ailleurs été identifié dans certaines études comme le meilleur prédicteur du placement des enfants en famille d'accueil (Barth et al., 2006; Lindsey, 1991). En plus de cette précarité financière, les deux enfants ont en commun d'être nés de mères présentant une lenteur intellectuelle ainsi que des difficultés psychologiques. L'ensemble de ces caractéristiques du milieu d'origine ne semble pas étranger à la situation de placement vécu par ces enfants. En effet, Feldman et Case (1999) ont observé que les mères avec une lenteur intellectuelle peuvent être dépourvues d'habileté parentale et ce, dans plusieurs domaines notamment l'hygiène, la sécurité et la nutrition.

Ces mères se trouvent plus restreintes dans leur capacité à fournir des soins adéquats à leurs jeunes enfants puisque leur limite intellectuelle peut affecter leur jugement et leur niveau de connaissances face aux besoins généraux des enfants. Cela peut amener une difficulté à s'adapter aux changements associés à l'évolution de leur enfant et provoquer un risque accru que les soins qu'elles fournissent à leur enfant soient jugés inadéquats et contrevenant à la sécurité et au bien-être de ce dernier, une situation caractéristique de la négligence parentale. D'autres chercheurs ont associé la limitation intellectuelle de la mère à l'exposition à des risques supplémentaires comme le manque d'emploi, une précarité financière, un isolement social, un conjoint à problèmes, un abus de substances ou d'autres problèmes médicaux ou psychiatriques (Glaun & Brown, 1999). Sans scolarité suffisante, il est en effet difficile pour ces mères de se trouver un emploi et ainsi d'assurer un confort matériel minimal à leur enfant. Par conséquent, elles se retrouvent souvent dans des quartiers défavorisés et subissent les facteurs de risque additionnels associés à ces milieux comme la délinquance et la dépression maternelle (Winslow & Shaw, 2007) qui, lorsqu'ils sont combinés, accroissent les risques de maltraitance envers leurs enfants (Drake & Pandey, 1996). En somme, on peut maintenant comprendre que les mères de nos deux participants ont dû composer avec une accumulation de risques, associés notamment à leur limite intellectuelle, ce qui a pu mener à la négligence de leur enfant.

Une situation commune dans le système mis en place par la DPJ est le fait que les enfants retirés de leur milieu naturel sont souvent exposés à de multiples placements. En

effet, ces enfants sont régulièrement placés dans une famille de transition en attendant une place dans une famille d'accueil prête à les accueillir à long terme. De plus, lorsque les ressources manquent, certains enfants sont placés dans une famille d'accueil à long terme qui a déjà atteint son quota d'enfant, jusqu'à ce qu'une place dans une autre famille d'accueil se libère. Ces différentes situations font en sorte que les enfants placés temporairement sont souvent déplacés d'un foyer à un autre. Les deux participants de cette recherche ont donc sans surprise été placés à au moins deux reprises dans des familles d'accueil différentes. Cette situation crée une discontinuité au niveau de l'environnement de l'enfant, ce qui est susceptible de compliquer l'établissement d'une nouvelle relation d'attachement avec l'adulte et peut avoir un impact sur la capacité de régulation des émotions de l'enfant (Unrau et al., 2008). Cette idée sera développée plus en détail dans la section sur les facteurs de risque à même la relation parent-enfant.

### **Facteurs de risque et problèmes de comportement**

#### **L'effet cumulatif des facteurs de risque**

Bien que les deux participants de notre étude aient été exposés à un certain nombre de facteurs de risque communs avant leur placement, nos données montrent une différence appréciable dans le fonctionnement social de ces deux enfants. Cette différence semble attribuable à l'accumulation des facteurs de risque vécus dans le milieu d'origine. En effet, le participant B présente plus de difficultés comportementales que le participant A et il cumule également plus de facteurs de risque que ce dernier. En plus des facteurs de risque présents chez le participant A, le participant B a aussi été

exposé à la consommation de drogues de sa mère, à l'impulsivité de ses deux parents, à la violence conjugale, à un placement supplémentaire en famille d'accueil et il est soupçonné que les parents aient secoué l'enfant.

Certains auteurs ont démontré que le risque de développer des problèmes de comportement est augmenté chez les enfants d'âge préscolaire qui sont exposés à plusieurs facteurs de risque (Brooks-Gunn, Duncan, & Aber, 1997). Une méta-analyse effectuée à partir des études menées entre 1999 et 2002 révèle que les enfants vivant dans un contexte de pauvreté sont plus susceptibles de développer un problème internalisé et/ou externalisé, vu l'accumulation de plusieurs facteurs de risque individuels et familiaux (Qi & Kaiser, 2003). Cette méta-analyse met en lumière un effet d'interaction entre les caractéristiques de l'enfant, des parents et de l'environnement comme étant responsable des problèmes de comportement des enfants vivant dans un milieu précaire, notamment en contexte de pauvreté. Par exemple, les enfants issus de ces familles ont souvent des habiletés sociales déficientes, des parents aux prises avec des difficultés psychologiques en plus d'habiter dans des quartiers où règne la violence. Par conséquent, cet enchevêtrement de risques peut provoquer le développement de difficultés émotionnelles et/ou comportementales chez les enfants issus d'un tel contexte. Conformément aux résultats de ces études, on retrouve chez le participant B un environnement familial caractérisé par la pauvreté, les difficultés psychologiques des parents, la lenteur intellectuelle et la consommation de drogues de sa mère en plus de la violence conjugale. L'interaction entre ces facteurs de risque peut certainement

contribuer au développement des difficultés comportementales observées chez cet enfant.

Lorsque l'on s'attarde aux difficultés comportementales du participant B, nous pouvons remarquer qu'elles se situent en premier lieu au niveau des symptômes de somatisation qui se retrouvent au-dessus du seuil clinique. La somatisation est un trouble anxieux qui se manifeste par des plaintes somatiques répétées qui ne peuvent pas être expliquées par une affection médicale. Selon les psychiatres Johanne Boivin et Geneviève Tellier (2003), la somatisation est constituée d'un ou de plusieurs symptômes physiques qui remplacent l'expression des émotions. Étant incapables d'exprimer leurs besoins et leurs émotions à travers la parole, la somatisation est, pour certains enfants, une manière de partager leurs inquiétudes avec autrui et de manifester leurs besoins de réassurance. Elle se développe souvent chez les enfants qui vivent beaucoup de stress au quotidien (Walker, Garber, Smith, Van Slyke, & Claar, 2001), un fort sentiment de solitude (Løhre, Lydersen, & Vatten, 2010) ou de la violence physique et/ou verbale (Hilker, Murphy, & Kelley, 2005). Ces expériences perturbantes sont donc susceptibles de mener à des manifestations somatiques et, à cet égard, certains auteurs établissent un lien entre la somatisation et la présence d'un traumatisme complexe chez l'enfant résultant d'expériences d'abus et de négligence répétées (Milot, St-Laurent, Éthier, & Provost, 2010). Compte tenu des expériences de vie de l'enfant B avant son placement, il n'est donc pas étonnant de constater un nombre important de manifestations somatiques chez ce dernier.

Le participant B présente également des problèmes de comportement liés à l'anxiété/dépression se situant dans l'intervalle critique. L'anxiété/dépression est un trouble anxieux qui se développe souvent chez les enfants issus de familles hautement dysfonctionnelles (Côté et al., 2009) et/ou chez les enfants témoins de violence conjugale (Meltzer, Doos, Vostanis, Ford, & Goodman, 2009). Les enfants exposés à la violence conjugale doivent constamment s'adapter à un niveau de stress élevé. L'enfant peut voir l'agression se dérouler sous ses yeux ou, s'il n'est pas présent, il peut entendre la scène de violence qui se déroule dans une autre pièce de la maison. S'il n'est pas témoin de l'agression, il risque d'en voir les répercussions comme des objets brisés et des blessures infligées à l'un des parents (McGee, 1997). Face à un tel contexte de violence, sur lequel l'enfant n'a aucun contrôle et aucune capacité de s'y soustraire, il est alors susceptible de développer des problèmes émotionnels tel qu'un niveau d'anxiété ou de dépression élevé, comme dans le cas du participant B (Litrownik, Newton, Hunter, English, & Everson, 2003; McCloskey & Lichter, 2003). Par ailleurs, l'anxiété et la dépression peuvent se développer chez les enfants qui ont une mère dépressive comme c'est le cas pour le participant B (Côté et al., 2009; Mian, Wainwright, Briggs-Gowan, & Carter, 2011; Trapolini et al., 2007). La possibilité qu'une composante génétique joue un rôle dans le développement de ce trouble chez les enfants qui ont une mère dépressive est à prendre en considération (Rende, Slomkowski, Lloyd-Richardson, Stroud, & Niaura, 2006). Toutefois, en plus de l'influence génétique, la composante environnementale est non négligeable (Côté et al., 2009). En effet, la présence de symptômes dépressifs chez la mère peut l'amener à être moins tolérante et à



répondre de manière inappropriée à son enfant et, dès lors, affecter la qualité de la relation mère-enfant (Caughy, Huang, & Lima, 2009). Ainsi, on peut penser que pour le participant B, le climat de violence conjugale et la présence de dépression chez la mère ont pu contribuer à l'émergence de symptômes anxieux-dépressifs chez cet enfant.

Enfin, le participant B présente également des problèmes de comportement extériorisés se situant dans l'intervalle critique. Les problèmes de comportement extériorisés se caractérisent par un manque d'autorégulation comportementale, laquelle représente une difficulté à gérer son impulsivité et à adapter son comportement à la situation sociale (Eiden et al., 2007; Eisenberg et al., 2005). D'une part, ces comportements extériorisés pourraient être associés au syndrome alcoolo-fœtal soupçonné chez ce participant. En effet, ce syndrome qui a un impact sur le développement du cerveau est également associé à un milieu de vie néfaste où règnent plusieurs facteurs de risque environnementaux. De ce fait, le syndrome alcoolo-fœtal peut provoquer des difficultés comportementales et des comportements extériorisés chez plusieurs enfants atteints (Fagerlund, Autti-Rämö, Hoyme, Mattson, & Korkman, 2011). Ces comportements extériorisés pourraient aussi être associés au syndrome du bébé secoué soupçonné chez ce même participant. En effet, ce syndrome a un impact sur les lobes frontaux, ce qui peut provoquer des difficultés comportementales chez l'enfant atteint (Nassogne & Bonnier, 2001). Ensuite, il a été observé que les problèmes de comportement extériorisés se développent souvent chez les enfants dont le père consomme de l'alcool de façon abusive, comme dans le cas du participant B. L'abus

d'alcool du père serait lié à une plus faible sensibilité parentale et à la présence de comportements antisociaux et de symptômes dépressifs (Eiden et al., 2007). De tels comportements parentaux provoqueraient des difficultés dans l'apprentissage de l'auto-régulation des comportements pour l'enfant (Eisenberg et al., 2005), ce qui serait associé à l'émergence de comportements extériorisés tels que l'impulsivité et l'agressivité. D'autres études ont montré que le fait d'avoir été témoin de violence conjugale est associé au développement de problèmes de comportement extériorisés (Huang, Wang, & Warrenner, 2010; Johnson & Lieberman, 2007; Kalil, Tolman, Rosen, & Gruber, 2003; Moylan et al., 2010; Sternberg, Lamb, Guterman, & Abbott, 2006). Les enfants exposés à la violence conjugale apprendraient rapidement à résoudre les conflits en ayant recours à la violence, ce qui expliquerait le développement d'agressivité associée aux problèmes de comportement extériorisés (Vasselier-Novelli & Heim, 2006). Selon d'autres, c'est le stress parental provoqué par la violence conjugale qui entraînerait le développement de problèmes de comportement extériorisés chez les enfants exposés à un tel contexte (Kalil et al., 2003). Toutefois, l'effet de la violence conjugale sur le développement de problèmes de comportement extériorisés chez les enfants serait modéré par la qualité de la relation mère-enfant. En effet, les mères qui entretiennent une relation positive avec leur enfant en étant à l'écoute de leurs émotions négatives peuvent prévenir l'apparition des problèmes extériorisés dans un contexte de violence conjugale (Johnson & Lieberman, 2007). Enfin, il semblerait que la pauvreté serait un contexte de vie susceptible de provoquer le développement de problèmes de comportement extériorisés chez les enfants, vu les difficultés additionnelles associées à ce contexte de vie dont le

chômage, la monoparentalité, l'instabilité résidentielle, la violence, la délinquance et le décrochage scolaire (Dearing et al., 2006; Eamon, 2000; Winslow & Shaw, 2007). Donc, l'abus d'alcool du père, l'exposition à la violence conjugale et la pauvreté vécue par le participant B pourrait expliquer l'émergence de comportements extériorisés tels que l'impulsivité et l'agressivité. Toutefois, contrairement aux études citées qui se concentraient sur un seul facteur de risque pour expliquer la présence de comportements extériorisés, notre participant a vécu dans un environnement familial caractérisé par de multiples facteurs de risque.

### **L'importance des facteurs de risque à même la relation parent-enfant**

La deuxième hypothèse basée sur la théorie de l'attachement (Stovall & Dozier, 1998) et le modèle écologique-transactionnel (Cicchetti & Lynch, 1993) propose que les facteurs de risque associés à la qualité des interactions avec le parent naturel sont ceux qui sont les plus susceptibles d'influencer l'adaptation sociale de l'enfant. Nos observations vont dans le sens de cette seconde hypothèse. En effet, bien que les deux participants aient vécu de la négligence dans leur famille naturelle, le participant B qui présente des difficultés comportementales est celui qui a cumulé le plus de risques en lien avec la relation parent-enfant (deux fois plus).

D'abord, comme il a été cité précédemment, ce participant aurait été négligé jusqu'à son placement en famille d'accueil. Rappelons que la négligence touche non seulement les besoins physiques de l'enfant, mais également la qualité des interactions parent-

enfant (Milot, St-Laurent, Éthier, & Provost, 2010). En effet, l'observation de certaines dyades mère-enfant a permis de constater que les mères négligentes étaient indifférentes, moins accessibles et plus portées au conflit lorsqu'elles sont en interaction avec leur enfant. Cette présence de dysfonctions dans la relation devient un facteur de risque au développement d'un traumatisme complexe (Milot, Éthier, St-Laurent, & Provost, 2010; Milot, St-Laurent, et al., 2010). Le traumatisme complexe serait une forme « complexe » du syndrome de stress post-traumatique et serait présent chez les personnes exposées à des traumatismes répétés. Il s'accompagne généralement de multiples symptômes répartis en trois sphères : somatiques, dissociatives et séquelles affectives de traumatisme prolongé (Herman, 1992). Les conséquences de ce type de traumatisme sont nombreuses : la somatisation, un problème d'attachement, des difficultés d'apprentissage, une faible estime de soi, etc. (Milot, St-Laurent, Éthier, & Provost, sous presse). Le passé difficile de notre participant, incluant la négligence et des soupçons d'abus physique, nous pousse à se questionner sur la présence d'un traumatisme complexe en plus des problèmes intériorisés et extériorisés déjà décrits.

Enfin, rappelons que cet enfant a vécu dans deux familles d'accueil avant d'habiter avec la famille en banque mixte dans laquelle il habite actuellement. Ces changements de milieu familial ne sont pas sans conséquence pour l'enfant. Ils peuvent provoquer une régression, de l'insécurité et l'arrêt du développement chez l'enfant (Boivin et al., 2005). De plus, cette discontinuité créée par le changement de famille d'accueil provoque une série d'attachements et de pertes des nouvelles figures parentales, compliquant ainsi la

création d'un nouveau lien d'attachement (Newton et al., 2000; Unrau et al., 2008). Selon Bowlby (1973), le fait d'être séparé de sa famille naturelle et placé à plusieurs reprises dans des familles d'accueil peut provoquer une incapacité à développer un lien de confiance avec les nouvelles figures d'attachement. Le participant semble vivre beaucoup d'anxiété, notamment face aux séparations des parents, mais en même temps, il manifeste de la colère, de la désobéissance, une absence de culpabilité qui suggère qu'il n'a pas de stratégie cohérente pour gérer sa détresse et manifester ses besoins à ses parents. De tels comportements ont d'ailleurs déjà été identifiés chez les enfants qui ont un attachement désorganisé (Main & Solomon, 1990). Toutefois, sur la base des résultats au CBCL, on ne peut pas déterminer la présence d'un attachement désorganisé et il serait pertinent d'évaluer cet aspect à l'aide d'outils validés tels la Situation Étrangère (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978).

Cela dit, cet essai a certaines limites qui doivent être énoncées. D'abord, il s'est attardé à une question bien précise, soit de savoir si un jeune enfant placé en famille d'accueil qui présente des problèmes intériorisés ou extériorisés a cumulé davantage de facteurs de risque qu'un enfant placé qui n'a pas de problèmes de comportement. Par conséquent, aucune donnée n'est présentée concernant la situation de vie actuelle de ces enfants. L'environnement actuel est pourtant susceptible de jouer un rôle important dans l'adaptation des enfants placés. Afin de générer un portrait plus global de la situation de ces enfants, de futures études devraient inclure des variables de son milieu de vie actuel. Par exemple, une mesure observationnelle de la qualité des interactions entre l'enfant et

ses parents d'accueil devrait être ajoutée ainsi que des variables décrivant le milieu d'accueil (conditions socioéconomiques et démographiques, niveau de stress du parent d'accueil, etc.). Une seconde limite de l'étude concerne la méthode utilisée (étude de cas) qui ne permet pas de généraliser les résultats à la population des enfants placés en famille d'accueil puisque les deux participants ne sont pas nécessairement représentatifs de cette population. Néanmoins, il faut noter que les participants n'ont pas été choisis en fonction de leurs liens avec les variables à l'étude, ce qui contribue à la valeur scientifique de cette étude de cas. De plus, l'instrument (CBCL) utilisé pour recueillir des données sur les problèmes de comportement des enfants est robuste. De plus, cette étude se démarque par son sujet d'étude, car peu d'études se sont intéressées aux problèmes de comportement chez les enfants placés en famille d'accueil. Enfin, nous suggérons qu'une étude empirique utilisant un échantillon plus important d'enfants placés soit réalisée de manière à répliquer nos observations et permettre une certaine généralisation des résultats obtenus.

## Conclusion

L'objectif de cet essai était de vérifier si un enfant placé en famille d'accueil qui a développé des problèmes de comportement intériorisés ou extériorisés avait cumulé davantage de facteurs de risque dans sa famille naturelle qu'un enfant placé sans problèmes de comportement. L'étude de cas présentée indique que l'accumulation de risques dans la famille naturelle peut être associée au développement de problèmes intériorisés et extériorisés chez les enfants placés en famille d'accueil. Actuellement au Québec, lorsqu'un enfant est exposé à un nombre inacceptable de risques dans sa famille naturelle, la DPJ prend des dispositions allant d'un soutien à la famille naturelle jusqu'au placement de l'enfant dans des ressources d'hébergement dont la famille d'accueil. Si les antécédents familiaux à l'origine du placement sont responsables du développement des difficultés émotionnelles et comportementales, il y a lieu de se questionner sur l'efficacité du placement, à lui seul, pour aider les enfants lorsque ceux-ci cumulent un nombre important de facteurs de risque incluant de la négligence parentale et de l'abus. Aussi, on peut mettre en doute la pertinence de retourner continuellement un enfant dans sa famille naturelle lorsque les parents montrent une certaine amélioration de leur condition. Cette situation ajoute d'autres pertes des figures significatives (parents d'accueil) aux enfants aux prises avec beaucoup de difficultés. Dans l'avenir, le placement en famille d'accueil devrait-il être accompagné d'un suivi thérapeutique obligatoire pour l'enfant si celui-ci cumule un nombre important de facteurs de risque? De cette façon, l'enfant aurait un espace pour échanger par rapport à



son passé traumatique. Devrait-on fixer un nombre maximum d'aller-retour dans la famille naturelle à une famille d'accueil? Devrait-on imposer des ateliers « parents d'accueil-enfants placés » pour promouvoir la qualité des échanges relationnels dans la mesure où des dysfonctions dans la relation parent naturel-enfant sont généralement à l'origine du placement? Les observations issues de la présente étude mettent en lumière l'importance de s'attarder à ces questions. De futures études pourraient se pencher plus précisément sur ces questions afin de maximiser l'efficacité des mesures mises en place pour aider les enfants vulnérables et limiter les difficultés d'adaptation psychosociale auxquelles ils risquent de faire face.

## Références

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms and profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Oxford: England Lawrence Erlbaum.
- Aldridge, J. (2006). The Experiences of Children Living with and Caring for Parents with Mental Illness. *Child Abuse Review*, 15(2), 79-88.
- Annerbäck, E.-M., Svedin, C.-G., & Gustafsson, P. A. Characteristic features of severe child physical abuse—A multi-informant approach. *Journal of Family Violence*, 25(2), 165-172.
- Baker, A. J. L., & Maiorino, E. (2010). Assessments of emotional abuse and neglect with the CTQ: Issues and estimates. *Children and Youth Services Review*, 32(5), 740-748.
- Barnett, D., Ganiban, J., & Cicchetti, D. (1999). Maltreatment, negative expressivity, and the development of Type D attachments from 12 to 24 months of age. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 64(3), 97-118.
- Barth, R. P., Wildfire, J., & Green, R. L. (2006). Placement into foster care and the interplay of urbanicity, child behavior problems, and poverty. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(3), 358-366.
- Berger, L. M. (2004). Income, family structure, and child maltreatment risk. *Children and Youth Services Review*, 26(8), 725-748.
- Boivin, J., Allard-Dansereau, C., Déziel, L., Fortin, G., Frappier, J.-Y., Garel, P., Gauthier, Y., ... Roberge, R. (2005). *Loi modifiant la Loi sur la protection de la jeunesse et d'autres dispositions législatives*. Repéré à <http://www.chu-sainte-justine.org/documents/General/pdf/Memoire-CHU-Sainte-Justine-Commission-parlementaire-projet-loi-125.pdf>.
- Boivin, J., & Tellier, G. (2003). L'enfant qui somatise. *Le médecin du Québec*, 38(8), 41-45.

- Caughy, M. O. B., Huang, K.-Y., & Lima, J. (2009). Patterns of conflict interaction in mother-toddler dyads: Differences between depressed and non-depressed mothers. *Journal of Child and Family Studies*, 18(1), 10-20.
- Cicchetti, D., & Lynch, M. (1993). Toward an ecological/transactional model of community violence and child maltreatment: Consequences for children's development. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 56(1), 96-118.
- Côté, S. M., Boivin, M., Liu, X., Nagin, D. S., Zoccolillo, M., & Tremblay, R. E. (2009). Depression and anxiety symptoms: Onset, developmental course and risk factors during early childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(10), 1201-1208.
- Coulton, C. J., Korbin, J. E., & Su, M. (1999). Neighborhoods and child maltreatment: A multi-level study. *Child Abuse & Neglect*, 23(11), 1019-1040.
- Cummings, E. M., Schermerhorn, A. C., Keller, P. S., & Davies, P. T. (2008). Parental depressive symptoms, children's representations of family relationships, and child adjustment. *Social Development*, 17(2), 278-305.
- Cyr, C., Euser, E. M., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van Ijzendoorn, M. H. (2010). Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: A series of meta-analyses. *Development and Psychopathology*, 22(1), 87-108.
- Dance, C., Rushton, A., & Quinton, D. (2002). Emotional abuse in early childhood: Relationships with progress in subsequent family placement. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(3), 395-407.
- Davies, B., & Allen, D. (2007). Integrating 'mental illness' and 'motherhood': The positive use of surveillance by health professionals A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 44(3), 365-376.
- Dearing, E., McCartney, K., & Taylor, B. A. (2006). Within-child associations between family income and externalizing and internalizing problems. *Developmental Psychology*, 42(2), 237-252.
- Drake, B., & Pandey, S. (1996). Understanding the relationship between neighborhood poverty and specific types of child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 20(11), 1003-1018.
- Eamon, M. K. (2000). Structural model of the effects of poverty on externalizing and internalizing behaviors of four- to five-year-old children. *Social Work Research*, 24(3), 143-154.

- Egeland, B., & Sroufe, L. A. (1981). Attachment and early maltreatment. *Child Development, 52*(1), 44-52.
- Eiden, R. D., Edwards, E. P., & Leonard, K. E. (2007). A conceptual model for the development of externalizing behavior problems among kindergarten children of alcoholic families: Role of parenting and children's self-regulation. *Developmental Psychology, 43*(5), 1187-1201.
- Eisenberg, N., Cumberland, A., Spinrad, T. L., Fabes, R. A., Shepard, S. A., Reiser, M., Valiente, C., ... Guthrie, I. K. (2001). The relations of regulation and emotionality to children's externalizing and internalizing problem behavior. *Child Development, 72*(4), 1112-1134.
- Eisenberg, N., Shepard, S. A., Fabes, R. A., Murphy, B. C., & Guthrie, I. K. (1998). Shyness and children's emotionality, regulation, and coping: Contemporaneous, longitudinal, and across-context relations. *Child Development, 69*(3), 767-790.
- Eisenberg, N., Zhou, Q., Spinrad, T. L., Valiente, C., Fabes, R. A., & Liew, J. (2005). Relations Among Positive Parenting, Children's Effortful Control, and Externalizing Problems: A Three-Wave Longitudinal Study. *Child Development, 76*(5), 1055-1071.
- Fagerlund, Å., Autti-Rämö, I., Hoyme, H. E., Mattson, S. N., & Korkman, M. (2011). Risk factors for behavioural problems in foetal alcohol spectrum disorders. *Acta Paediatrica, 100*(11), 1481-1488.
- Faugeras, F., Moisan, S., & Laquerre, C. (2000). *Les problématiques en centre jeunesse*. Québec : Centre jeunesse de Québec, Institut universitaire.
- Feldman, M. A., & Case, L. (1999). Teaching child-care and safety skills to parents with intellectual disabilities through self-learning. *Journal of Intellectual and Developmental Disability, 24*(1), 27-44.
- Gibb, B. E., Benas, J. S., Crossett, S. E., & Uhrlass, D. J. (2007). Emotional maltreatment and verbal victimization in childhood: Relation to adults' depressive cognitions and symptoms. *Journal of Emotional Abuse, 7*(2), 59-73.
- Glaun, D. E., & Brown, P. F. (1999). Motherhood, intellectual disability and child protection: Characteristics of a court sample. *Journal of Intellectual and Developmental Disability, 24*(1), 95-105.
- Gully, K. J., Koller, S., & Ainsworth, A. D. (2001). Exposure of homeless children to family violence: An adverse effect beyond alternative explanations. *Journal of Emotional Abuse, 2*(4), 5-18.

- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress, 5*(3), 377-391.
- Hilker, K. A., Murphy, M. A., & Kelley, M. L. (2005). Violence Exposure, Somatic Complaints, and Health Care Utilization in a Pediatric Sample. *Children's Health Care, 34*(1), 35-46.
- Hollingsworth, L. D. (2004). Child custody loss among women with persistent severe mental illness. *Social Work Research, 28*(4), 199-209.
- Huang, C.-C., Wang, L.-R., & Warrenner, C. (2010). Effects of domestic violence on behavior problems of preschool-aged children: Do maternal mental health and parenting mediate the effects? *Children and Youth Services Review.*
- Hussong, A. M., Huang, W., Curran, P. J., Chassin, L., & Zucker, R. A. (2010). Parent alcoholism impacts the severity and timing of children's externalizing symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology: An official publication of the International Society for Research in Child and Adolescent Psychopathology, 38*(3), 367-380.
- Izard, C. E., Libero, D. Z., Putnam, P., & Haynes, O. M. (1993). Stability of emotion experiences and their relations to traits of personality. *Journal of Personality and Social Psychology, 64*(5), 847-860.
- Jee, S. H., Barth, R. P., Szilagyi, M. A., Szilagyi, P. G., Aida, M., & Davis, M. M. (2006). Factors Associated with Chronic Conditions Among Children in Foster Care. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved, 17*(2), 328-341.
- Johnson, V. K., & Lieberman, A. F. (2007). Variations in behavior problems of preschoolers exposed to domestic violence: The role of mothers' attunement to children's emotional experiences. *Journal of Family Violence, 22*(5), 297-308.
- Kalil, A., Tolman, R., Rosen, D., & Gruber, G. (2003). Domestic violence and children's behavior in low-income families. *Journal of Emotional Abuse, 3*(1-2), 75-101.
- Kalland, M., Sinkkonen, J., Gissler, M., Meriläinen, J., & Siimes, M. A. (2006). Maternal smoking behavior, background and neonatal health in Finnish children subsequently placed in foster care. *Child Abuse & Neglect, 30*(9), 1037-1047.
- Kim, J., & Cicchetti, D. (2003). Social self-efficacy and behavior problems in maltreated children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 32*(1), 106-117.
- Kim, J., & Cicchetti, D. (2006). Longitudinal Trajectories of Self-System Processes and Depressive Symptoms Among Maltreated and Nonmaltreated Children. *Child Development, 77*(3), 624-639.

- Koot, H. M., Van Den Oord, E. J. C. G., Verhulst, F. C., & Boomsma, D. I. (1997). Behavioral and emotional problems in young preschoolers: Cross-cultural testing of the validity of the Child Behavior Checklist/2-3. *Journal of Abnormal Child Psychology: An official publication of the International Society for Research in Child and Adolescent Psychopathology*, 25(3), 183-196.
- Lanyado, M. (2003). The Emotional Tasks of Moving from Fostering to Adoption: Transitions, Attachment, Separation and Loss. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 8(3), 337-349.
- Lindsey, D. (1991). Factors affecting the foster care placement decision: An analysis of national survey data. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61(2), 272-281.
- Litrownik, A. J., Newton, R., Hunter, W. M., English, D., & Everson, M. D. (2003). Exposure to family violence in young at-risk children: A longitudinal look at the effects of victimization and witnessed physical and psychological aggression. *Journal of Family Violence*, 18(1), 59-73.
- Løhre, A., Lydersen, S., & Vatten, L. J. (2010). Factors associated with internalizing or somatic symptoms in a cross-sectional study of school children in grades 1-10. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 4, ArtID 33.
- Marquis, R. A., Leschied, A. W., Chiodo, D., & O'Neill, A. (2008). The relationship of child neglect and physical maltreatment to placement outcomes and behavioral adjustment in children in foster care: A Canadian perspective. *Child Welfare: Journal of Policy, Practice, and Program*, 87(5), 5-25.
- Mash, E. J., Johnston, C., & Kovitz, K. (1983). A comparison of the mother-child interactions of physically abused and non-abused children during play and task situations. *Journal of Clinical Child Psychology*, 12(3), 337-346.
- Mayes, R., Llewellyn, G., & McConnell, D. (2008). Active negotiation: Mothers with intellectual disabilities creating their social support networks. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 21(4), 341-350.
- McCloskey, L. A., & Lichter, E. L. (2003). The contribution of marital violence to adolescent aggression across different relationships. *Journal of Interpersonal Violence*, 18(4), 390-412.
- McGee, C. (1997). Children's experiences of domestic violence. *Child & Family Social Work*, 2(1), 13-23.
- McGuinness, T. M., & Schneider, K. (2007). Poverty, child maltreatment, and foster care. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 13(5), 296-303.

- McIntyre, A., & Keesler, T. Y. (1986). Psychological disorders among foster children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 15(4), 297-303.
- Meltzer, H., Doos, L., Vostanis, P., Ford, T., & Goodman, R. (2009). The mental health of children who witness domestic violence. *Child & Family Social Work*, 14(4), 491-501.
- Mian, N. D., Wainwright, L., Briggs-Gowan, M. J., & Carter, A. S. (2011). An ecological risk model for early childhood anxiety: The importance of early child symptoms and temperament. *Journal of Abnormal Child Psychology: An official publication of the International Society for Research in Child and Adolescent Psychopathology*, 39(4), 501-512.
- Milot, T., Éthier, L. S., St-Laurent, D., & Provost, M. A. (2010). The role of trauma symptoms in the development of behavioral problems in maltreated preschoolers. *Child Abuse & Neglect*, 34(4), 225-234.
- Milot, T., St-Laurent, D., Éthier, L. S., & Provost, M. A. (2010). Trauma-related symptoms in neglected preschoolers and affective quality of mother-child communication. *Child Maltreatment*, 15(4), 293-304.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2003). La pratique professionnelle et la ressource de type familial - Guide d'orientation. Article 4.1, page 23. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2002/02-821-01.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2011). Texte de la Loi sur la protection de la jeunesse. Repéré à [http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/P\\_34\\_1/P34\\_1.html](http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/P_34_1/P34_1.html).
- Moylan, C. A., Herrenkohl, T. I., Sousa, C., Tajima, E. A., Herrenkohl, R. C., & Russo, M. J. (2010). The effects of child abuse and exposure to domestic violence on adolescent internalizing and externalizing behavior problems. *Journal of Family Violence*, 25(1), 53-63.
- Nassogne, M. C., & Bonnier, C. (2001). Diagnostic et devenir à long terme du bébé secoué. *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 4, 235-239.
- Nelson, K. E., Saunders, E. J., & Landsman, M. J. (1993). Chronic child neglect in perspective. *Social Work*, 38(6), 661-671.



- Newton, R. R., Litrownik, A. J., & Landsverk, J. A. (2000). Children and youth in foster care: Disentangling the relationship between problem behaviors and number of placements. *Child Abuse & Neglect*, 24(10), 1363-1374.
- Osborne, C., & Berger, L. M. (2009). Parental substance abuse and child well-being: A consideration of parents' gender and coresidence. *Journal of Family Issues*, 30(3), 341-370.
- Park, J. M., Solomon, P., & Mandell, D. S. (2006). Involvement in the child welfare system among mothers with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 57(4), 493-497.
- Ponciano, L. (2010). Attachment in foster care: The role of maternal sensitivity, adoption, and foster mother experience. *Child & Adolescent Social Work Journal*, 27(2), 97-114.
- Qi, C. H., & Kaiser, A. P. (2003). Behavior Problems of Preschool Children From Low-Income Families: Review of the Literature. *Topics in Early Childhood Special Education*, 23(4), 188-216.
- Rende, R., Slomkowski, C., Lloyd-Richardson, E., Stroud, L., & Niaura, R. (2006). Estimating Genetic and Environmental Influences on Depressive Symptoms in Adolescence: Differing Effects on Higher and Lower Levels of Symptoms. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35(2), 237-243.
- Reynolds, W. M. (1992). The study of internalizing disorders in children and adolescents. Dans W. M. Reynolds (Éd.), *Internalizing disorders in children and adolescents* (pp. 1-18). Oxford: John Wiley & Sons.
- Schaeffer, S., & Lewis, M. (1990). Social behavior of maltreated children: A naturalistic study of day care. *Research & Clinical Center for Child Development*, 12, 79-117.
- Slinning, K. (2004). Foster placed children prenatally exposed to poly-substances: Attention-related problems at ages 2 and 4 1/2. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13(1), 19-27.
- Smith, D. K., Johnson, A. B., Pears, K. C., Fisher, P. A., & DeGarmo, D. S. (2007). Child maltreatment and foster care: Unpacking the effects of prenatal and postnatal parental substance use. *Child Maltreatment*, 12(2), 150-160.
- Staudt, M., & Cherry, D. (2009). Mental health and substance use problems of parents involved with child welfare: Are services offered and provided? *Psychiatric Services*, 60(1), 56-60.

- Steinhausen, H.-C., Dal Mas, S., Ledermann, C., & Metzke, C. W. (2006). Risk factors for the development of emotional and behavioural problems in children born to drug-dependent mothers. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15(8), 460-466.
- Sternberg, K. J., Lamb, M. E., Guterman, E., & Abbott, C. B. (2006). Effects of early and later family violence on children's behavior problems and depression: A longitudinal, multi-informant perspective. *Child Abuse & Neglect*, 30(3), 283-306.
- Stovall, K. C., & Dozier, M. (1998). Infants in foster care: An attachment theory perspective. *Adoption Quarterly*, 2(1), 55-88.
- Stromwall, L. K., Larson, N. C., Nieri, T., Holley, L. C., Topping, D., Castillo, J., & Ashford, J. B. (2008). Parents with co-occurring mental health and substance abuse conditions involved in child protection services: Clinical profile and treatment needs. *Child Welfare: Journal of Policy, Practice, and Program*, 87(3), 95-113.
- Timmer, S. G., Urquiza, A. J., Herschell, A. D., McGrath, J. M., Zebell, N. M., Porter, A. L., & Vargas, E. C.. (2006). Parent-Child Interaction Therapy: Application of an Empirically Supported Treatment to Maltreated Children in Foster Care. *Child Welfare: Journal of Policy, Practice, and Program*, 85(6), 919-939.
- Trapolini, T., McMahon, C. A., & Ungerer, J. A. (2007). The effect of maternal depression and marital adjustment on young children's internalizing and externalizing behaviour problems. *Child: Care, Health and Development*, 33(6), 794-803.
- Uhrlass, D. J., & Gibb, B. E. (2007). Childhood emotional maltreatment and the stress generation model of depression. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26(1), 119-130.
- Unrau, Y. A., Seita, J. R., & Putney, K. S. (2008). Former foster youth remember multiple placement moves: A journey of loss and hope. *Children and Youth Services Review*, 30(11), 1256-1266.
- van den Dries, L., Juffer, F., van Ijzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2009). Fostering security? A meta-analysis of attachment in adopted children. *Children and Youth Services Review*, 31(3), 410-421.
- Van Zeijl, J., Mesman, J., Van Ijzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Juffer, F., Stolk, M. N., ... Alink, L. R. (2006). Attachment-based intervention for enhancing sensitive discipline in mothers of 1- to 3-year-old children at risk for externalizing behavior problems: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), 994-1005.

- Vig, S., Chinitz, S., & Shulman, L. (2005). Young children in foster care: Multiple vulnerabilities and complex service needs. *Infants & Young Children, 18*(2), 147-160.
- Walker, L. S., Garber, J., Smith, C. A., Van Slyke, D. A., & Claar, R. L. (2001). The relation of daily stressors to somatic and emotional symptoms in children with and without recurrent abdominal pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*(1), 85-91.
- Walsh, C., MacMillan, H. L., & Jamieson, E. (2003). The relationship between parental substance abuse and child maltreatment: Findings from the Ontario Health Supplement. *Child Abuse & Neglect, 27*(12), 1409-1425.
- Winslow, E. B., & Shaw, D. S. (2007). Impact of neighborhood disadvantage on overt behavior problems during early childhood. *Aggressive Behavior, 33*(3), 207-219.

## **Appendice A**

Tableau 1. Facteurs de risque des participants

Tableau 1

*Facteurs de risque des participants*

Facteurs de risque	Participant A	Participant B
Risques intra-utérins/néonataux	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consommation tabac</li> <li>- Détresse respiratoire à la naissance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consommation d'alcool</li> <li>- Petit poids à la naissance</li> <li>- <i>Trisomie 21 ou SAF</i></li> </ul>
Adversité du milieu familial d'origine	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Problèmes financiers</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sans domicile fixe</li> </ul>
Problématiques des parents naturels	<u>Mère</u>	<u>Mère</u>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Problèmes de santé mentale (dépression, trouble anxieux et de personnalité)</li> <li>- Lenteur intellectuelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Problèmes de santé mentale (dépression)</li> <li>- Lenteur intellectuelle</li> <li>- Impulsivité</li> <li>- Consommation de drogues</li> </ul>
	<u>[Père]</u>	<u>Père</u>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Alcoolisme</i></li> <li>- <i>Problèmes de santé mentale</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consommation abusive de drogues et d'alcool</li> <li>- Impulsivité</li> <li>- Violence conjugale</li> </ul>
Difficultés relationnelles vécues par l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Négligence parentale</li> <li>- Historique de 2 placements</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Négligence parentale</li> <li>- <i>Abus physique : bébé secoué</i></li> <li>- Historique de 3 placements</li> </ul>

*Note.* Les informations en italique sont soupçonnées mais non confirmées par les intervenants des Centres jeunesse. SAF = Syndrome alcoolo-fœtal.

## **Appendice B**

Tableau 2. Description des scores *T* au questionnaire du CBCL  
pour les deux participants

Tableau 2

*Description des scores T au questionnaire du CBCL pour les deux participants*

Problèmes de comportement	Participant A Score <i>T</i>	Participant B Score <i>T</i>
Intériorisés	33	66*
Plaintes somatiques	50	70*
Anxiété/dépression	50	69 <sup>†</sup>
Réactivité émotionnelle	50	62
Repli sur soi	50	51
Extériorisés	46	63 <sup>†</sup>
Comportements agressifs	50	64
Problèmes d'attention	51	56

*Note.* CBCL = Child Behavior Checklist.

<sup>†</sup> Scores *T* dans l'intervalle critique menant à un trouble. \* Score *T* au-dessus du seuil clinique.